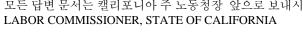
Direct any correspondence to / 모든 답변 문서는 캘리포니아 주 노동청장 앞으로 보내시오.





RETALIATION COMPLAINT 대응 고소장

FOR OFFICE USE ONLY/이 난은 기입하지 마시오

OK OFFICE OOE ONE!! Let / Let / Let / Let.							
TAKEN BY	DATE		OFFICE				
TARLETODI	DATE		OITICL				
VIOLATION OF SECTION		NAME (OF CODE				
		i					
A GOLGNED INTEREST A TO	·D	CACEN	III (DED				
ASSIGNED INVESTIGATO	/K	CASE N	UMBEK				
		i					
		i					

DI	т. л	CD	DDIA	TT A	тт	INFORMATION	/ 거기 =	기이귀치수
ы	+A	SH.	PRIN	J'I' A		INFORMATION	/ 전 사 도	기양하시요

NAME / 이름	ORWITTON	7 0 1 1 2	- / - - - - - - - -			HOME TELEP 집 전화 번호	HONE NO.	CURRENT WORK PHONE NO. 현 직장 전화 번호	
YOUR ADDRESS – NUMBER A 귀하의 주소 – 번지, 거리 이름, 여				CITY, ZIP COD	E				
SEX / 성별	SOCIAL SECU	RITY NO	./사회보장 번호		CALIFORNIA DRIVER LICENSE NO. 캘리포니아 운전 면허 번호			DATE OF BIRTH 생년월일	
NAME OF BUSINESS / 비즈니스			EMPLOYER'S NAME 고용주 이름			☐ CORPORATION / 주식회사 ☐ PARTNERSHIP / 합명회사 ☐ SOLE OWNER / 독점 소유			
ADDRESS OF BUSINESS – NUM 사업체 주소 - 번지, 거리 이름, 시		EET, CITY	Y, ZIP CODE					TELEPHONE NUMBER 전화번호	
ADDRESS WHERE YOU WORK	ED IF DIFFERE	NT THAN	ABOVE / 위에 명시된 직	장 외에 근무했	던 다른 직	장 주소		DATE OF HIRE? 근무 시작 날짜	
YOUR DEPARTMENT AND JOB TITLE RATE OF PAY /임금 수 가하의 근무 부서와 직위 \$ PER					♪당 s	NUMBER OF HOURS WORKED? 근무시간 수 □ PER DAY/일당 □ PER WEEK / 주당			
						NUMBER OF EM 원 수	PLOYEES		
WAS YOUR JOB UNION / 귀하 소속되어 있었습니까?		-	IF YES, NAME AN 예 일 경우, 조합의	이름과 주소	OF UNION			TELEPHONE / 전화번호	
WERE YOU DISCHARGED? 귀하는 해고 되었습니까?						ARE YOU STILL WORKING FOR THIS EMPLOYER? 귀하는 아직도 이 고용주를 위해 일하고 있습니까?			
□ YES /예 □ NO / 아니오 □ DID YOU NOTIFY YOUR EMPLOYER OF INTENTION TO FILE A CLAIM WITH THE L COMMISSION?						U YES /예 □ NO / 아니오 ES – DATE NAME AND TITLE OF PERSON NOTIFIED 결경우 - 날짜 통지를 받은 사람의 이름과 직위			
DID YOU FILE A SAFETY COMPLAINT? IF YES – DATE W.					H WHOM – NAME AND ADDRESS? -에게 항의했습니까? – 이름 과 주소				
DID YOU NOTIFY OSHA? IF YES - DATE W. 귀하는 직업안전위생관리국에 통보했습니까? 예 일 경우 - 날짜 □ YES /예 □ NO / 아니오					HICH OFFICE? / 어느 사무실에 통보했습니까?				
NAME AND TITLE OF PERSON 귀하가 생각하기에 귀하를 차별									
WHAT REMEDY ARE YOU SEE 이 분쟁을 통해 어떤 조치가 내려									
HAVE YOU FILED WITH ANY 다른 단체나 기관에 소송 제기 서				□ NO / o}-	니오		YES, WHICH OI 무실입니까?	FFICE? / 예 일 경우, 어느	
ARE YOU BEING REPRESENTE	ED BY AN ATTO	ORNEY? /	귀하는 변호사의 도움을 է	받았습니까?			☐ YES /	예 □ NO/아니오	
 NAME / 이름			ADDRESS / 주소				TELEPHONE /	 전화번호	

LIST NAME, JOB TITLES AND TELEPHONE NUMBER (IF POSSIBLE) OR WITNESSES, CO-WORKERS OR THOSE YOU FEEL COULD PROVIDE EVIDENCE IN YOUR SUPPORT TO THE ACTS YOU ARE COMPLAINING ABOUT. USE ADDITIONAL SHEETS.

중인, 직장 동료 및 그 밖에 귀하의 주장을 지지하고 귀하의 편에 서서 유리한 중언을 해 줄 수 있는 사람들의 이름, 지위, 그리고 전화번호(가능하다면)를 적으시오. 필요 시 별지를 사용하시오.

STATE OF CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS DIVISION OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT

어떤 일이 일어 났는지 쓰시오. 필요하다면 별지를 첨부할 수 있습니다. 해고 당시 또는 불공평한 행위가 발생했을 당시의 상황을 설명하시오. 귀하가 생각하기에 어떤 종류의 차별대우가 발생했는지 지적하시오. 귀하의 고용주가 귀하에게 한 특정 행동을 묘사하고 왜 그것이 차별 행위라고 느꼈는지 쓰시오

성명서	아래와 같이 표명합니다.
나는 위에 진술한 내용이 진실되고 정확함을 보증하며 만약 위증일 경우 캘리포니아 주	버에 이체 처버 바게스니다
실행날짜 장소	집에 다에 시킬 ਦੁ 했습니다. 캘리포니아
서명	

별지가 사용되었을 경우 각각의 종이에 귀하 성명의 첫 글자(이니셜), 날짜, 페이지를 기입하시오. DECLARATION / 성명서